

# 新潟アルビレックスBC野球塾 新潟校

## 本開校 申込書

ふりがな			
氏名			
生年月日	(西暦)	年	月 日 (満 歳)
希望クラス	レギュラークラス(定員24名)	・	—ステップクラス(定員24名)

ふりがな			
保護者氏名			
ふりがな			
住所	〒		
自宅TEL		緊急連絡先	

※お申込みされる場合は、FAXまたはメールにてお申込み下さい。

**【FAXでのお申込み】** ※上記を記入の上、送信して下さい。

《 FAX : 025-250-5559 》

**【メールでのお申込み】** ※件名に『野球塾本開校 申込み』とし、下記項目をご記入の上を送信して下さい。

《 information@niigata-abc.jp 》

1,氏名(ふりがな) 2,生年月日(西暦) 3,年齢 4,希望クラス 5,保護者氏名(ふりがな) 6,住所  
7,自宅TEL 8,緊急連絡先

**【お問い合わせ】**

(株)新潟アルビレックス・ベースボール・クラブ

TEL:025-250-5539

FAX:025-250-5559

(平日9時~18時)